

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO



EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS QUIRÚRGICAS RESPECTO A LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO - CIRUGÍA SEGURA. HOSPITAL ESSALUD. CHICLAYO, PERÚ 2012.

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORA: Bach. Katherin`s Milagros Becerra Eneque

Chiclayo, 27 de Febrero del 2014

**EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS
QUIRÚRGICAS RESPECTO A LA APLICACIÓN DE
LA LISTA DE CHEQUEO - CIRUGÍA SEGURA.
HOSPITAL ESSALUD. CHICLAYO, PERÚ 2012.**

POR:

Bach. Katherin`s Milagros Becerra Eneque

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Patricia Piscoya Angeles.
Presidente de Jurado

Mgtr. Nancy Bustamante López.
Secretaria de Jurado

Mgtr. Carmen Bazán Sánchez.
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 27 de Febrero del 2014

DEDICATORIA

A mis padres, Agustín Becerra Alarcón y Gladys Eneque Pisfil; por su amor, comprensión, apoyo y estímulos brindados en todo momento para la culminación de mi carrera profesional.

Katherin`s M. Becerra Eneque

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso, por darme sabiduría,
ser mi guía y permitirme culminar con éxito el
esfuerzo de este trabajo de investigación.

A la Universidad Católica “Santo Toribio de
Mogrovejo” por brindarnos una educación íntegra
velando por el bienestar del estudiante y formarnos
personas y mejores profesionales con valores capaces
de aportar y contribuir al crecimiento de nuestro
país.

Finalmente agradezco a la Escuela de
Enfermería y a todas las profesoras enfermeras;
en especial a mi asesora la Mgtr. A. Carmen Luz
Bazán Sánchez, que fueron moldeando nuestro
perfil profesional y consolidando nuestros
conocimientos para el desempeño eficiente de
nuestra profesión.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL:	12
1.1 Antecedentes del problema	12
1.2 Base teórico-conceptual	14
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO:	21
2.1 Tipo de investigación	21
2.2 Abordaje Metodológico	22
2.3 Sujetos de Investigación	25
2.4 Escenario	26
2.5 Instrumentos de recolección de datos	27
2.6 Procedimiento	28
2.7 Análisis de datos	30
2.8 Criterios Éticos	32
2.9 Criterios de Rigor Científico	34
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS	35
Consideraciones Finales	54
Recomendaciones	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	57
ANEXOS	60

RESUMEN

La investigación “Experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas respecto a la aplicación de la Lista de Chequeo - Cirugía Segura. Hospital EsSalud. Chiclayo, Perú 2012.” Es cualitativa - abordaje: estudio de caso; tiene como objetivos identificar, describir y analizar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. El marco teórico se respalda en la Organización Mundial de la Salud, Amengual G y Watson J. Tuvo como escenario el Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo. Los datos se obtuvieron con una entrevista semi estructurada a profundidad, aplicada a 11 enfermeras, delimitándose la muestra por criterios de saturación y redundancia; se aplicó el análisis temático de los datos estableciéndose las siguientes categorías: Categoría: La Lista De Chequeo, una práctica que garantiza la Cirugía Segura. Categoría: Limitaciones para la aplicación correcta de la Lista de Chequeo. Categoría: El liderazgo de enfermería en la Cirugía Segura, sub-categorías: Asumiendo la responsabilidad del cumplimiento de la lista de chequeo en la cirugía segura y Demandando mayor conocimiento y responsabilidad en todo el equipo quirúrgico. En las consideraciones finales se establece que las limitaciones existentes para la correcta aplicación de la Lista de Chequeo son: Falta de capacitación, responsabilidad y conciencia del equipo; superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados, entre otros. En todo momento se respetaron los Principios de la Bioética Personalista de E. Sgreccia y Rigor Científico de Castilla.

PALABRAS CLAVES:

Experiencia, Cirugía Segura, Enfermera Quirúrgica, Lista de Chequeo

ABSTRACT

The investigation "Experiences of Surgical Nurses regarding the implementation of the Checklist - Safe Surgery. Essalud Hospital. Chiclayo, Peru 2012", is qualitative - approach: a case study, aims to identify, describe and analyze the experiences of surgical nurses regarding the implementation of the checklist of safe surgery. The theoretical frame leans on the World Health Organization, Amengual G and Watson J. It took as a scene the Surgical Center of the National Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo. The data were obtained with a semi-structured in-depth, applied to 11 nurses and delimit the sample criteria of saturation and redundancy, the thematic analysis of the data was applied to establishing the following categories: Category: checklist, a practice that guarantees the Safe Surgery. Category: Limitations for the correct application of the Checklist. Category: Nursing leadership in the Safe Surgery, sub-categories: Taking Responsibility for compliance with the checklist for safe surgery and Demanding greater awareness and responsibility throughout the surgical team. The final considerations provides that existing for the correct application of the Checklist limitations are: Lack of awareness and responsibility training equipment; superficiality with which the collection of patient data, omission of the signature is done machining processes, among others. At all times the Principles of Bioethics Personalista E. Sgreccia and Scientific Rigor of Castile were respected.

KEY WORDS:

Experience, Sure Surgery, Surgical, Ready Nurse of Checklist

INTRODUCCIÓN

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema, tanto así que se ha constituido en un problema de salud pública, debido a que la información estadística establece cifras preocupantes de las complicaciones y muerte, en el porcentaje poblacional que se somete a intervenciones quirúrgicas programadas o de emergencia.

Al respecto, anualmente en el mundo se realizan 234 millones de intervenciones de cirugía mayor, lo que equivale aproximadamente a una operación por cada 25 personas. Según diversos estudios, las complicaciones atribuibles a intervenciones quirúrgicas causan discapacidades o prolongan la hospitalización de entre un 3% y un 25% de los pacientes, dependiendo de la complejidad de la operación y del entorno hospitalario. Esto significa que el número de pacientes susceptibles de padecer complicaciones postoperatorias asciende como mínimo a 7 millones al año. Se estima que las tasas de mortalidad atribuibles a las intervenciones de cirugía mayor oscilan entre un 0,4% y un 10%, dependiendo del entorno. Según las evaluaciones de impacto correspondientes, al menos un millón de pacientes mueren cada año durante o después de una operación¹.

En el Perú, el número de intervenciones quirúrgicas representa más de 125.000 cirugías anuales y en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) se realizan 12781 cirugías anuales, de las cuales 25 producen complicaciones quirúrgicas (2 mensuales).² Sin embargo a pesar del costo eficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo y el Perú no es ajeno a esta problemática.

Es así que, no es raro leer o escuchar noticias como: “*se amputa pierna equivocada...*”, “*...entra vivo y nunca más despierta de la cirugía*”, “*se opera para ser bella y muere*”, situaciones que evidencian la falta de aplicación correcta de la lista de chequeo de “cirugía segura”, desdiciendo el propósito de la cirugía que es salvar vidas; la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía, en todos sus niveles .

En razón a ello, para mejorar esta situación la Organización Mundial de la Salud (OMS)³, definió una serie de objetivos para el equipo quirúrgico-anestésico actuante, estableciendo la lista de chequeo de cirugía segura, como un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos, incorporando la evaluación de elementos clave como mínimos requeridos, de manera que se logre la seguridad del paciente además de evitar sobrecargar indebidamente al sistema y los profesionales que conforman el equipo quirúrgico.

El HNAAA, de Chiclayo; en el que se desarrolla la investigación, cuenta con 6 salas de operaciones, realiza aproximadamente 35 operaciones diarias, el equipo quirúrgico está compuesto por el médico anestesiólogo, el cirujano principal y uno o dos cirujanos asistentes, la enfermera Instrumentista, quien participa directamente del acto quirúrgico; la Enfermera Circulante, encargada de planificar todo el acto quirúrgico; y la técnica de enfermería como personal de apoyo. En este equipo la enfermera circulante es la encargada de la lista de chequeo, de formular las preguntas y cumplimentar las marcas en las casillas, en caso de imposibilidad puede ser cualquier otro profesional sanitario que participe en la intervención⁴.

En este orden de exposición, cabe resaltar que su uso y desarrollo no depende exclusivamente del personal de enfermería, es imprescindible la colaboración e implicación de los facultativos (cirujanos y anestelistas), lo que a veces puede resultar complicado, ya que para conseguir la institución y adecuada utilización del listado es básico el trabajo en equipo. Sin embargo algunos de ellos pueden percibirlo como una imposición, una pérdida de tiempo o incluso una interrupción en el ritmo de trabajo.

Al respecto, las enfermeras consideran que la lista de chequeo es importante para una cirugía segura, reconocen que su cumplimiento no es fácil porque depende de varias personas del equipo de salud; ellas manifiestan: *“a veces los médicos se incomodan porque todo lo quieren rápido”, “se niegan a firmar”, “déjate de papeleos...nos dicen”* y también el paciente se asusta porque le preguntan mucho *“¿estoy mal?”*, *“¿es porque me puedo morir?”*, nos dicen con preocupación; a pesar de ello son conscientes de la necesidad de aplicar esta lista de chequeo, porque *“nos salva de responsabilidades”, “trabajamos más tranquilos”, “estamos preparados para cualquier evento”*.

No obstante, la falta de personal a veces es una limitante para su cumplimiento, esta situación no es propia de este hospital, se repite en la mayoría de los hospitales de nuestro medio, a nivel nacional; situación que la investigadora en sus prácticas clínicas presto atención a circunstancias que favorecen la ejecución de la lista de chequeo de cirugía segura y otros que no favorecen y a veces impiden su correcta ejecución, motivándola a la presente investigación, toda vez que el HNAAA es un hospital referencial en donde se realiza el más alto porcentaje de cirugías de la región.

Por tanto, resulta imperativo resolver algunas interrogantes tales como: ¿Se aplica la lista de chequeo de cirugía segura en todo acto quirúrgico?, ¿Quién es el/la responsable de su cumplimiento?, ¿Han recibido capacitación al respecto?, ¿Qué o quienes impiden su cumplimiento?, ¿Saben a qué se

exponen si incumplen con la realización de la lista de chequeo de cirugía segura?; interrogantes que motivaron a la investigadora a estudiar las experiencias de las enfermeras de centro quirúrgico respecto al cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura.

Dichas interrogantes, se sintetizan en la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en el HNAAA-Chiclayo?; los objetivos que guiaron la presente investigación fueron: Identificar, describir y analizar las Experiencias de las Enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura.

La presente investigación resulta importante, dado que en la actualidad, existe carencia de estudios sobre el presente tema tanto a nivel regional, nacional como a nivel mundial, y dada la relevancia del significado, beneficios de su cumplimiento y perjuicios de la omisión de la lista de chequeo de cirugía segura de centro quirúrgico, la investigadora ha creído conveniente realizar un estudio sobre las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en el HNAAA, para conocer como ejecutan la lista de chequeo de cirugía segura y que factores predisponen el incumplimiento de dicha estrategia, ya que según estudios existen personas que si conocen que deben realizar la lista de chequeo, pero no la realizan porque simplemente la consideran una imposición, una pérdida de tiempo, o un incluso una interrupción en el ritmo de trabajo.⁵

Los resultados, nos permitirán, describir como realiza el equipo quirúrgico la aplicación de la lista de chequeo, cual es el rol de la enfermera, cual su nivel de información y compromiso, así como analizar este aparente desinterés por la aplicación de la lista de chequeo, que ha demostrado ser tan valioso, identificando las falencias de los integrantes del equipo quirúrgico, acerca de la utilidad y aplicación del mismo y lo que este supone, sin predecir

la exposición a que someten al paciente en relación a su seguridad física y a ellos en su responsabilidad administrativa y legal.

Esta investigación será de gran utilidad, ya que sus resultados beneficiaran a un significativo número de personas que diariamente se someten a algún tipo de intervención quirúrgica, siendo muchas veces víctimas de una serie de complicaciones e incluso llegar a la muerte innecesariamente. Conocer como se está implementando esta estrategia en el HNAAA mediante el conocimiento de las experiencias de las enfermeras quirúrgicas, permitirán superar las limitaciones en su ejecución e implementar estrategias viables para su cumplimiento, garantizando el cuidado holístico, humano, de calidad demostrado en un acto quirúrgico seguro y por lo tanto, concordante con el respeto a la vida y dignidad, reconocidos a la persona cuidada en el lema “Cirugía segura- salva vidas”. Así mismo, la actualidad de este tema y los resultados que dé él se obtengan, serán un punto de partida para realizar otras investigaciones, con diferente enfoque metodológico, que profundice o amplíe las múltiples aristas que este interesante tema exhibe.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Las investigaciones realizadas sobre la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, son muy escasas en nuestra localidad, y a nivel nacional muy pocas se han llevado a cabo. Sin embargo, se han encontrado investigaciones similares a nivel internacional.

Soria-Aledo, Víctor; Andre Da Silva, ZeNewton; Saturno, Pedro J.; Grau-Polan, Marina; Carrillo-Alcaraz, Andrés.⁶ *Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía. 2012. España*, plateándose el objetivo de valorar el Grado de implantación y los factores asociados a la cumplimentación del listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) Propuesto por la OMS, en los Servicios de Cirugía de los Hospitales Públicos

de la Región de Murcia. Estudio fue cuantitativo, transversal retrospectivo, para el que se realizó un muestreo aleatorio estratificado no proporcional en cada hospital. El tamaño de la muestra se estableció en 10 casos por centro con un total de 90 intervenciones quirúrgicas. Llegando a la conclusión que el LVQ se utiliza pero no siempre se cumplimenta ni de forma homogénea en todos sus apartados. Además existe variabilidad importante entre los distintos Hospitales Públicos de la Región de Murcia.

M.I. Rodrigo, B. Tirapu-León, y otros⁷. *Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. 2011. España.* El cual tuvo como objetivo conocer la percepción de los profesionales sobre el grado de utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica (LVQ) tras su implantación en un hospital terciario. Estudio cuantitativo, descriptivo transversal. La población objetivo: cirujanos, anestesiólogos, enfermeras de planta y de quirófano del hospital. Conclusiones: Los profesionales utilizan casi siempre el LVQ y le otorgan una utilidad moderada. Los profesionales que experimentaron que gracias al LVQ se había conseguido evitar errores confirieron al LVQ una utilidad mayor que los que no lo experimentaron.

Cristina Narbona Toledo; Sonia Delgado Arcas; Francisca Narbona Toledo⁸; *Listado verificación seguridad quirúrgica (checklist): una necesidad aún no conocida por la enfermería. Ciudad de Granada. 2010.* Los profesionales de enfermería, pertenecientes al Bloque Quirúrgico del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, reconocen la importancia que tiene la seguridad del paciente y como el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ) o check-list, podría mejorar los cuidados de enfermería al paciente en esta área, favoreciendo la reducción de las complicaciones y las defunciones por causa de intervenciones quirúrgicas. No obstante esta herramienta es desconocida aún por la gran mayoría del personal sanitario. Propone que: Es necesaria la creación de estrategias que permitan la

participación de los profesionales implicados así como del propio usuario para conseguir su implantación y desarrollo.

Ma. Guadalupe Nava Galán, Ma. de Lourdes Espinoza⁹. Artículo: *Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), 2011. México*. Objetivo General: Corroborar el correcto llenado del formato de Cirugía Segura en el INNN, como contribución para la seguridad del paciente; objetivo específico: Analizar los factores de riesgo y beneficio a través de la lista de verificación de Cirugía Segura en las tres etapas: entrada, pausa quirúrgica y salida. Metodología: Investigación cuantitativa con un diseño Exploratorio, longitudinal. Población: Todos los pacientes intervenidos en el INNN de enero a mayo de 2011. Conclusión: el correcto llenado de la lista de verificación para una cirugía segura antes, durante y al finalizar una intervención quirúrgica contribuye y garantiza la seguridad del paciente pero también la calidad de la atención que se proporciona en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

1.2. BASE TEÓRICO-CONCEPTUAL

La palabra experiencia deriva del latín *experiri*, que significa "comprobar". Es aquella situación que una persona pasa en su vida y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter, además, supone la posibilidad de adquirir conocimientos y habilidades que sin duda enriquecerán a la persona, porque siempre tras una experiencia quedará registrada una información que en el futuro, de repetirse, permitirá no solamente saber cómo actuar ante tal o cual situación, sino que además dejará un aprendizaje revelador, que será decisivo para no repetir una mala actitud o comportamiento en la acción.¹⁰

En este sentido, la investigadora considera, que las experiencias de una persona, aunque no sean las mismas de otra, sin duda son importantes de conocer, porque de alguna manera enriquecerán a quien no haya vivido

algo similar, y en el caso que presentara en el futuro, tendrá herramientas referenciales, para resolverla, y pasara a ser parte de su experiencia porque lo ha vivido y lo ha hecho suyo. En la presente investigación, las experiencias de la enfermera quirúrgica serán con respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura.

Así también cuando nos referimos a seguridad del paciente, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)¹¹ lo define como la ausencia, prevención o minimización de los daños producidos durante el proceso de atención sanitaria que minimiza riesgos y daño a los enfermos, a la vez que examina la ausencia de lesiones derivadas de dicha atención, y a cirugía como el conjunto de procedimientos sistematizados y coordinados por el equipo de salud que se lleva a cabo en pacientes con finalidades terapéuticas o de diagnóstico y que por sus características requieren ser realizados en el quirófano, bajo condiciones de máxima seguridad para el paciente y equipo quirúrgico³.

Uniendo ambos conceptos, la autora puede conceptuar Cirugía Segura, como: el procedimiento efectuado en quirófano para curar, mediante intervenciones quirúrgicas, algunas enfermedades del cuerpo humano, observando reglas que minimicen riesgos y daño a los enfermos, a la vez que examina la ausencia de lesiones derivadas de dicha atención, asegurando la vida de la persona que será intervenida, ya que aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica, puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía.

Esta idea de concepto, se refrenda en la estrategia establecida por la OMS³ Cirugía Segura-Salva vidas, que es un programa que: pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad, como las inadecuadas prácticas de seguridad anestésicas, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa

comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico, para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos de este tipo, tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas, para reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias.

Para ello con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, enfermeros, expertos en seguridad para el paciente y pacientes de todo el mundo, se edita la lista de chequeo de cirugía segura, también denominada lista de verificación o *Check-List*, que en esta investigación la denominaremos lista de chequeo, la cual es una lista de comprobación que sirve de guía y permite recordar los puntos que deben ser inspeccionados en función de los conocimientos que se tienen sobre las características y riesgos de la cirugía³.

Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas. Para ello esta estrategia de seguridad, propone objetivos para el equipo quirúrgico-anestésico actuante, (en el que está inmersa la enfermera, lo incluye la autora) estableciendo la lista de chequeo de cirugía segura, como instrumento para lograrlo.

La lista de chequeo se fundamenta en tres principios: Primero, la simplicidad, ya que es una lista en donde sólo se tocan los puntos clave y de fácil aplicación; segundo, la Amplitud de aplicación, es decir, se logra la aplicación en cualquier procedimiento quirúrgico y en cualquier nivel de equipamiento y de recursos humanos y el tercero, la Mensurabilidad, esta nos permite medir el impacto, si se seleccionaron instrumentos de medida significativos, aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto³, al cual se le identifica en el cotidiano como equipo quirúrgico.

El equipo quirúrgico, es una unidad de personal capacitado que proporciona una serie continua del cuidado del paciente antes, durante y después de una cirugía, el cual está conformado por el cirujano, el anestesiólogo, las enfermeras quirúrgicas, estas son profesionales altamente calificados, especialista en procedimientos y técnicas quirúrgicas, en la actualidad la enfermera peri operatoria, debe ser capaz, tanto de gerenciar las unidades quirúrgicas como de desempeñar todas las funciones inherentes al trabajo quirúrgico, optimizando la atención que se le ofrece al enfermo y maximizando el manejo de los insumos y equipos a su cargo¹², durante el espacio de intervención denominado acto quirúrgico.

Todo acto quirúrgico según la Lista de Chequeo¹³ esta dividida en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado acabo sus tareas.

El proceso es sencillo y está descrito de la siguiente manera, durante la “Entrada”, es decir, antes de la inducción de anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulso-oxímetro que funciona correctamente. Además, revisará verbalmente con el anestesta el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de Entrada, ya que puede tener una

idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de chequeo.

En la “Pausa quirúrgica”, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de chequeo. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.

En la “Salida”, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.

Para que la aplicación de la Lista de chequeo tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona, para garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación. Hasta que los miembros del equipo quirúrgico se familiaricen con todos los pasos a seguir, es probable que el Coordinador de la lista tenga que guiarlos a través del proceso de verificación¹⁴.

Al respecto, la investigadora considera que la lista de chequeo, es una herramienta para el equipo quirúrgico, interesado en mejorar la seguridad de sus intervenciones y reducir complicaciones y muertes quirúrgicas prevenibles; su diseño, atendiendo a la simplicidad, amplitud y mensurabilidad, garantizan su práctica habitual, aunque su aceptación y ejercicio en centros de todo el mundo, no es en su totalidad.

Esta situación, no es ajena a la práctica de la lista de chequeo en el HNAAA, ya que no siempre la lista de chequeo se ejecuta en su totalidad y muchas veces se obvian algunos pasos que se creen “*menos importantes*” o que ya “*están sobreentendidos*”, adjudicándole a ello expresiones como: “*todo está bien*”, “*eso ya se sabe*”, a pesar del gran número de cirugías que se realizan; 12,781 cirugías anuales, 35 cirugías diarias aproximadamente, y 2 complicaciones mensuales.²

En concordancia, con lo sugerido en el Manual de aplicación de la lista OMS de Verificación de la seguridad de la cirugía, en el HNAAA, la responsable de su aplicación es la enfermera circulante, (anexo 4) quién realiza la aplicación de la lista de chequeo, por estar considerada entre sus funciones, además de vestir quirúrgicamente al médico, a la enfermera instrumentista; exponer los paquetes estériles, el conteo de gasas al inicio y final del acto quirúrgico, registrar las muestras, entre otros; esta implementación está en fase de iniciación. Cada equipo está buscando la manera de incorporar el uso de la Lista de chequeo en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos, con un trabajo en equipo, el cual es liderado por la enfermera.

En la mayoría de ocasiones la responsable de esta aplicación tiene dificultades para la cooperación con la información solicitada según el momento operatorio, lo que si se lleva a cabo es el conteo de gasas y material quirúrgico, antes del cierre de la incisión quirúrgica. La problemática de la

ejecución se da porque después de esto los miembros del equipo salen apurados ya que refieren: *“tengo que realizar otras funciones importantes”, “no tengo tiempo para quedarme”, “tengo otras operaciones que voy a realizar”, “déjate de papeleos y avanza”*. Por lo tanto ellos simplemente se limitan a dar indicaciones, sin interaccionar con los demás miembros del equipo limitándose a avanzar, sin tener en cuenta los pasos a seguir de la lista de chequeo.

Todo el contenido teórico descrito encuadra, dentro de las características del Cuidado Humano, descrito por J. Watson¹⁵ quien con respecto al cuidado sostiene que: ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud; en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

Afirma que el grado de genuinidad y sinceridad de la expresión (en su quehacer, agrega la investigadora) de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado. La enfermera que desea, ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado (acto quirúrgico, agrega la investigadora) una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que: la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

Al respecto, liderar y ser partícipe del cumplimiento de la lista de chequeo, como estrategia de la Cirugía segura- salva vidas, es reconocida por Watson en su Teoría del Cuidado Humanizado, este a pesar que en el sector

salud, está sujeto a las restricciones de la organización administrativa, no debe alejarse de su autenticidad, creando un espacio seguro, con sus conocimientos, su responsabilidad y disponibilidad de buscar a través del cuidado humano la seguridad vital, que todo paciente sometido a una intervención quirúrgica, reclama y espera.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es una investigación de tipo cualitativa. Se optó por este tipo de estudio, porque es una estrategia de investigación fundada en una depurada y rigurosa descripción contextual del evento o situación que garantiza la máxima objetividad en la captación de la realidad, siempre compleja y presa de la espontánea continuidad temporal, con el fin de que la correspondiente recogida sistemática de datos, posibilite el análisis y de lugar a la obtención del conocimiento válido con suficiente potencia explicativa.¹⁶

La investigación cualitativa se interesa por la vivencia concreta en su contexto natural y en su contexto histórico, por las interpretaciones y los significados que se atribuyen a una cultura (o subcultura) particular, por los valores y los sentimientos que se originan¹⁷. Es decir, se interesan por la "realidad" tal y como la interpretan los sujetos, respetando el contexto donde dicha "realidad social" es construida.

Por tanto se puede decir que esta investigación es cualitativa, pues describirá y analizará las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, en un contexto definido que es el centro quirúrgico.

Al respecto, Taylor y Bogdan¹⁸, plantean como rasgos propios de la investigación cualitativa, que es inductiva, o mejor cuasi-inductiva; su ruta metodológica se relaciona más con el descubrimiento y el hallazgo, que con la

comprobación o la verificación; es holística, ya que el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva de totalidad, es decir las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo integral, que obedece a una lógica propia de organización, de funcionamiento y de significación.

La presente investigación pretende a través de la información obtenida llegar a conclusiones respecto a las experiencias de las enfermeras, con respecto a la aplicación de la lista de chequeo: Cirugía segura-salva vidas, es decir ir de lo particular a lo general, considerando al sujeto de investigación dentro y parte de su escenario, que le dará la suficiente significancia a las consideraciones finales a las que arribe la investigadora.

2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO

El abordaje metodológico de esta investigación es el Estudio de Caso, el cual es un método de investigación cualitativa que se utiliza ampliamente para comprender en profundidad la realidad social. Para Yin¹⁹, el estudio de caso consiste en una descripción y análisis detallados de unidades sociales. Para Stake²⁰, es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias concretas.

La particularidad más característica de ese método es el estudio intensivo y profundo de unos casos o una situación con cierta intensidad, entendiéndose éste como un “sistema acotado” por los límites que precisa el objeto de estudio, pero enmarcado en el contexto global donde se produce. Para ser más concreto, llamamos casos a aquellas situaciones o entidades sociales únicas que merecen interés de investigación. En la presente investigación es objeto de estudio el caso de las experiencias de las enfermeras acerca de la aplicación de la lista de chequeo.

Para aplicar este método en la investigación, fue necesario considerar sus características o principios²¹, que son: El estudio de caso se dirige al descubrimiento, es decir la investigadora procurara mantenerse atenta a nuevos elementos que surgirán durante el estudio. Y la estructura teórica inicial de la cual se partió servirá de guía básica para detectar nuevos aspectos, nuevos elementos o dimensiones que pueden ser sumados en la medida en que el estudio avance.

La investigación considero la oportunidad de revelar los conceptos y las experiencias de las enfermeras quirúrgicas sobre la lista de chequeo a través de la encuesta piloto, lo que permitió conocer datos nuevos inherentes a la subjetividad de las enfermeras quirúrgicas, en base al cual se hicieron los reajustes pertinentes en la estructuración de las preguntas para luego aplicarlas mediante una entrevista a profundidad, tratando de que el investigado se exprese con plena libertad.

Como segundo principio tenemos que enfatizar “La interpretación en el contexto”, lo que permite comprender mejor la manifestación general de un problema, las acciones, las percepciones, las experiencias de las personas deben estar relacionadas a la situación específica donde ocurren o a la problemática determinada a la que están ligadas. Es por tal motivo que en este estudio se tuvo en cuenta el entorno en el que labora el personal de enfermería y el contexto en el que está inmerso. Por lo tanto el contexto quedó constituido por el servicio de Centro Quirúrgico, el cual se ha descrito con minuciosidad.

Otro principio es que: Busca retratar la realidad en forma compleja y profunda, es decir la investigadora procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación enfocándolo como un todo. Al respecto, se consideró todos los aspectos que las enfermeras quirúrgicas manifestaron y que estuvieran relacionados con las experiencias respecto a la lista de chequeo, para ello se procuró la mayor profundidad en las entrevistas, para conocer a plenitud la problemática presentada, hasta llegar al

momento en que la investigadora ya no obtuvo más información por parte del informante; porque la información empezó a redundar y se limitó por saturación.

Como cuarto principio tenemos que utiliza una variedad de fuentes de información. La presente investigación tuvo como fuente de información primordial a las enfermeras quirúrgicas que laboran en centro quirúrgico del “HNAAA”, recogida mediante la entrevista a profundidad, el diario de campo y la literatura, que permitió la contradicción y coincidencias de los resultados lo que ayudó a la mejor comprensión del tema investigado.

Un principio más es que: revela experiencias secundarias que permiten generalizaciones naturales. En el presente trabajo se establecieron, en primer lugar expresiones significativas que fueron llevadas a generalizaciones organizadas en categorías, que evidencian sus experiencias, respeto a la lista de chequeo.

Como sexto principio tenemos que procura representar diferentes y a veces conflictivos puntos de vista en una situación social. La investigadora procurara obtener datos a pesar de las divergencias de opiniones. De este modo en la presente investigación, sobre la “experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo”, dio lugar a diversas opiniones; fundamentándose en que la realidad puede ser vista sobre diferentes perspectivas no habiendo solo una que sea la verdadera, por ello se consideran en el análisis todos los puntos de vista de las enfermeras quirúrgicas. Esto también permitirá que los posibles usuarios que se interesen en ver esta investigación, saquen sus propias conclusiones sobre diferentes aspectos del estudio, y pueden comprobar que se da divergencias de opiniones, de acuerdo a experiencias que tiene el personal de enfermería entrevistado, permitiendo emitir puntos de vista diversos.

Y finalmente el principio que refiere el uso de un lenguaje accesible en el relato de la investigación. La presente investigación se presentó en forma sencilla, narrativa y con un lenguaje de fácil comprensión, accesible a toda persona que tenga interés en la misma. Los relatos serán narrados tal y como fueron expresados utilizando el estilo descriptivo, y de acuerdo a la normatividad institucional.

2.3. SUJETOS DE INVESTIGACION

Para esta investigación se consideraron como sujetos de investigación a las enfermeras quirúrgicas que laboran en el servicio de centro quirúrgico de Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo. La muestra se seleccionó al azar y de preferencia en su primer día de ingreso post guardia, el número de la muestra se delimitó aplicando los criterios de: saturación de la información que se refiere al momento en que, después de la realización de un número de entrevistas, grupos focales, etc; el material cualitativo deja de aportar datos nuevos. En ese instante, los investigadores/as dejan de recoger información²²; es decir: la investigadora llegó a la comprensión del tema de estudio y el criterio de redundancia, es decir hubo repetición de los discursos, ya no hubieron nuevos significados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Enfermeras quirúrgicas que laboran en el servicio de centro quirúrgico de HNAAA, con una permanencia laboral mayor de 2 años, y que deseen participar voluntariamente.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Enfermeras quirúrgicas con cargo administrativo y Enfermeras quirúrgicas en pasantía o capacitación.

2.4. ESCENARIO

El escenario es el desplazamiento donde el investigador se va a situar para centrarse en su objeto de estudio¹⁶. En el presente estudio de investigación, el escenario lo constituye el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, clasificado como Categoría III-I, - Hospital IV, según resolución de Dirección Regional Sectorial N^a1153-2010-GR. Lambayeque. Tiene como misión perseguir el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente.²³

El HNAAA se encuentra ubicado en el distrito de Chiclayo, departamento de Lambayeque. Es una hospital de construcción horizontal (área básica) y vertical (área nueva) de 5 pisos, cuenta con 21 servicios, que la integran un equipo multidisciplinario altamente capacitado. Siendo uno de los servicio el de Centro Quirúrgico que se encuentra ubicado en el tercer piso área central, tiene un área administrativa, sala de Recuperación Post-Anestésica con capacidad para 5 camillas, pero muchas veces se sobrepasa este número.

Como todo centro quirúrgico sus áreas están delimitadas como área no rígida (la entrada) en la que se admite al paciente transportado en camilla desde su servicio de origen, reportado por la enfermera asistencial a la enfermera circulante del quirófano, quien recibe al paciente, la historia clínica, sobre de placas y un breve resumen de la situación de salud del paciente, trasladado a una camilla ubicada en el área rígida, zona en la que solo se puede transitar con indumentaria usada como barrera de protección (gorro, mascara ,ropa especial, botas entre otras).

En este proceso, la enfermera circulante verifica la identidad del paciente, por su nombre revisa la historia clínica, comprueba que todo está

en orden, verifica la sala y tipo de intervención quirúrgica, que se realizará, se podría decir que, según referencia de una enfermera; que *es la primera verificación que se hace sobre el paciente quirúrgico*”, el paciente espera en la antesala del Centro quirúrgico propiamente dicho y es conducido a la sala donde está programada, cuando todos los miembros de equipo quirúrgico están presentes, este está conformado básicamente por: cirujano principal, uno o dos cirujanos ayudantes, (depende de la complejidad de la cirugía), el médico anestesiólogo, puede estar un residente de anestesiología, la enfermera instrumentista, la enfermera circulante y la técnica de enfermería. Cada uno tiene funciones específicas en relación a las enfermeras están descritas en el MOF del servicio (Anexo 4). En relación a la aplicación de la Lista de Chequeo Cirugía segura esta se encuentra en fase de implementación, y de acuerdo a MOF, la responsable de su aplicación es la enfermera Circulante. El servicio, cuenta con 6 salas de operaciones, realiza 35 operaciones diarias aproximadamente, de diferentes complejidades².

2.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizaron los respectivos trámites administrativos con Oficina de Capacitación, Investigación y docencia, de la sede de estudio a fin de obtener la autorización respectiva. (Anexo 6). Luego de lo cual y de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de las informantes se procedió a realizar las entrevistas y después de la aprobación por la institución.

La técnica es un conjunto de procedimientos metodológicos y sistemáticos que se encargan de implementar los métodos de Investigación y que tienen la facilidad de recoger información de manera inmediata, estableciendo la relación entre objeto y sujeto de investigación²⁴. La técnica que se realizará será la entrevista semi estructurada a profundidad, la cual se concibe como una interacción social entre personas gracias a la que va a generarse una comunicación de significados: una persona va a intentar

explicar su particular visión de un problema, la otra va a tratar de comprender o de interpretar esa explicación.²⁵

Por ello en la investigación se aplicó la entrevista a profundidad, donde el investigador desea tener la certeza de que las entrevistas la conduzcan a reunir datos con un propósito específico, además de motivar a las enfermeras a expresarse con libertad, de todos los temas de la lista, a través del dialogo entre enfermeras e investigadora, para ello se usó un grabador y para su realización, se coordinó previamente con ellas, el lugar, fecha, y hora. También la investigadora hizo uso de un Diario de Campo para registrar actitudes, lenguaje no verbal, tono de voz, etc. que enriquecieron, la interpretación de sus manifestaciones.

Antes de aplicar el instrumento a las enfermeras quirúrgicas que laboran en el centro quirúrgico de HNAAA, se realizó previamente una prueba piloto a fin de constatar su aplicabilidad y comprensión del mismo, donde al azar se aplicó a 3 enfermeras quirúrgicas del Hospital Naylamp – EsSalud- Chiclayo que reunían los criterios de inclusión y exclusión, lo cual nos sirvió de base para identificar las limitaciones, y ajustes que garantizaron la correcta adquisición de información.

2.6. PROCEDIMIENTO:

La aplicación de esta investigación se desarrolló en tres fases: La fase abierta o exploratoria. Este momento se inició con la problematización a través de una serie de interrogantes planteadas por la investigadora, en base a la propia experiencia y observación en el campo hospitalario; seguido de la consulta bibliográfica, se determinaron las técnicas y la construcción de los instrumentos utilizados, lo que permitió elaborar el pre informe²⁵. Siendo así, la investigadora, fruto de la observación de la realidad clínica, como estudiante de pre grado, revisa la literatura, los reportes científicos en relación a incidencia de complicaciones y mala praxis en las cirugías, lo cual resalta la

necesidad de investigar las experiencias de las enfermeras sobre la aplicación de la lista de chequeo.

La segunda fase es la delimitación del Estudio; consiste en poner límite a la investigación y especificar el alcance de esos límites, así mismo es ver la viabilidad para su desarrollo". Unida a esta delimitación es necesaria la justificación del mismo; es decir, indicar las características que llevan al investigador a escoger el tema para desarrollarlo, las cuales deben ser de orden externo u objetivo, y de orden interno o subjetivo.²⁶ Como parte de esta delimitación se escogió el centro Quirúrgico del HNAAA, por la complejidad de las intervenciones quirúrgicas y por la utilidad que tendrán los resultados obtenidos para optimizar la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. Así también la investigadora se centró en el estudio de las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, debido a que la investigadora en sus prácticas clínicas ha observado que muchas veces se obvia o se realiza de manera incompleta, e incluso no se aplica, precisando que su aplicación es de suma importancia para la seguridad del paciente.

La tercera fase es el análisis sistemático y elaboración del informe, en esta etapa surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado. Se debe contar de manera cronológica, con descripciones minuciosas de los eventos y situaciones más relevantes. Además se explicará cómo se ha conseguido toda la información (recogida de datos, elaboración de las preguntas, etc.). Todo ello para trasladar al lector a la situación que se cuenta y provocar su reflexión sobre el tema, en este caso la importancia de la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura; luego de transcribir los discursos, se resaltaron y unieron las unidades de significado más relevantes con el tema, organizándolas por semejanza, para luego organizarlas en categorías y subcategorías, las mismas que inmediatamente se discutieron a la luz de los antecedentes y la bibliografía

consultada, para al termino realizar el informe final; el cual esta expresado en un lenguaje simple, claro y sencillo de fácil entendimiento para cualquier lector y de acuerdo a las normas de la Escuela de Enfermería USAT.

2.7. ANÁLISIS DE DATOS:

El análisis de datos es el proceso a través del cual vamos más allá de los datos para acceder a la esencia del fenómeno de estudio, es decir, a su entendimiento y comprensión; es el proceso por medio del cual el investigador expande los datos más allá de la narración descriptiva²⁷. El análisis de datos utilizado en esta investigación fue el análisis temático que fue sistemático, siguió una secuencia y un orden, y contiene los siguientes pasos o fases²⁸:

Primero: obtención de la información, a través del registro sistemático de notas de campo, de la obtención de documentos de diversa índole, y de la realización de entrevistas, observaciones o grupos de discusión. Durante esta fase la investigadora obtuvo la información a través de la entrevista semi estructurada a profundidad que se realizó a las enfermeras de centro quirúrgico HNAAA. Este se realizó considerando el anonimato de los participantes y se respetó el tiempo que ellas accedieron por conveniencia, para la realización de las entrevistas. Así mismo se utilizó un diario de campo para registrar, expresión corporal de las entrevistadas (gestos, tono de voz, pausas, emociones, actitudes) lo cual contribuyo en el momento de analizar los discursos, estos se hicieron con la mayor originalidad.

Posterior a ello se procedió a Capturar, transcribir y ordenar la información, la captura de la información se hace a través de diversos medios. Específicamente, en el caso de entrevistas y grupos de discusión, a través de un registro electrónico (grabación en casetes o en formato digital). En el caso de las observaciones, a través de un registro electrónico (grabación en vídeo) o en papel (notas tomadas por el investigador). En el caso de

documentos, a través de la recolección de material original, o de la realización de fotocopias o el escaneo de esos originales. Y en el caso de las notas de campo, a través de un registro en papel mediante notas manuscritas. Toda la información obtenida, sin importar el medio utilizado para capturarla y registrarla, debe ser transcrita en un formato que sea perfectamente legible.

En esta fase la investigadora hizo uso de un grabador, que permitió obtener la información tal cual fue transmitida, favoreciendo a la sinceridad y plena libertad de expresión de los sujetos de investigación, la transcripción se realizó inmediatamente después de la entrevista, para que los discursos ayudados del cuaderno de campo, fueran interpretados en su propia magnitud, en un inicio se transcribió tal cual lo manifestaron, para luego transcribirlo del lenguaje EMIC al lenguaje ETIC, y pueda ser mejor procesado en la siguiente fase.

En la tercera fase se estipula Codificar la información, entendido como el proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador, o los pasos o fases dentro de un proceso.²⁷

Los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información descriptiva o inferencial recopilada durante una investigación. En otras palabras, son recursos mnemónicos utilizados para identificar o marcar los temas específicos en un texto. Los códigos usualmente están "pegados" a trozos de texto de diferente tamaño: palabras, frases o párrafos completos. Pueden ser palabras o números, lo que el investigador encuentre más fácil de recordar y de aplicar. Además, pueden tomar la forma de una etiqueta categorial directa o una más compleja.

La investigadora en esta fase realizó la transformación de los datos brutos (material original) a datos útiles, para lo cual utilizó fragmentaciones del texto de las respuestas dadas en las entrevistas, diferenciándolas y agrupándolas por colores, según el significado que en relación al tema

tenían, encontrando hasta 16 temas con significados semejantes y/o contradictorios. Dando lugar a tres grandes categorías y sub categorías. Todo esto se logró a través de la lectura y relectura de los discurso, producto de las entrevistas que se hicieron.

La última fase considera Integrar la información, es decir relacionar las categorías obtenidas en el paso anterior, entre sí y con los fundamentos teóricos de la investigación. La investigadora fragmento las transcripciones en categorías separadas, según unidades de significado acerca del tema investigado, relacionándolas entre sí, contrastándola con otros hallazgos, los referentes teóricos, y otros autores, así como los aportes de la investigadora, que al interpretar las situaciones descritas, enriquecieron la explicación integra de estas experiencias, expresadas por las enfermeras del centro quirúrgico del HNAAA en la presente investigación.

2.8. CRITERIOS ÉTICOS

Los principios éticos que fundamentaran la presente investigación se basaron en la ética personalista de Elio Sgrechia²⁹; para la presente investigación se ha bienquisto los siguientes: El principio de Defensa de la Vida Física, bajo este principio, se enfocó al sujeto de estudio, que son las enfermeras del centro quirúrgico, en su dimensión de unicidad, como un todo, para ello al realizar la entrevista a los participantes de la investigación, no se le considero un fin, ya que ellas son un fin en sí mismo como personas, procurando en todo momento, que la entrevista no les dañe en ninguna de sus dimensiones. Se resguardo su dignidad mediante el respeto a sus expresiones, el anonimato del mismo y observando constantemente sus emociones, para suspenderla, situación que no se dio en ningún momento.

El siguiente principio aprovechado es el de la libertad y la responsabilidad, señalando que todo acto de libertad es realizable concretamente solo en el horizonte de la responsabilidad entendido como “res- pondere” o responder del propio obrar ante sí y ante los demás.

Mediante este principio se respetó la información previa y explicación de los objetivos del trabajo, por la investigadora, que concluyó con la firma del consentimiento informado, documento que representa el cumplimiento del principio de autonomía y libre determinación; así mismo se solicitó la mayor sinceridad posible a las participantes, para expresarse libremente y sin restricciones, ya que sus discursos solo serían utilizados con fines investigativos, también supieron que podrían abandonar la investigación si así lo consideran, sin que ello implique algún tipo de represalia; ninguna abandono la investigación y se mostraron muy colaboradoras dada la trascendencia del tema y su futura utilidad.

También se consideró el principio de Sociabilidad - Subsidiariedad, según el cual la persona está inserta en una sociedad que debe expandir al bien común: cada hombre es responsable de su salud y de la salud de los demás; complementariamente, "todo el bien que puede hacer la persona por sí misma, debe ser respetado, así como todo el bien que pueden hacer las personas asociadas en familia o en las libres asociaciones debe ser respetado también". Por subsidiariedad se entiende que el principio se debe aplicar para una comunidad social donde se encuentre el deber de "ayudar donde la necesidad es mayor es decir cuidar más a quien más lo necesita, y gastar más con quien está más enfermo".³⁰

En este principio debemos resaltar que los resultados de la investigación contribuirán para beneficio tanto de los pacientes, profesionales y comunidad asegurada perteneciente a EsSalud, este se extenderá a toda la sociedad en la medida como de la sociedad en general, ya que será de gran aporte para prevenir complicaciones prevenibles con la aplicación de este sencillo instrumento, toda vez que existe el deber, por parte de los profesionales del equipo quirúrgico y de manera particular de enfermería, de tener muy claros los principios de la ciencia ética, para no perder de vista que el paciente es persona, y como tal su dignidad demanda ser tratado como tal, con amor, respeto y de la forma más segura posible.

2.9. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Para el presente estudio se aplicaron 3 criterios de rigor científico: credibilidad, Auditabilidad y transferibilidad³¹:

Credibilidad, este criterio permitió que los resultados de la investigación se consideren como verdaderos para las personas que son estudiadas, quienes manifestaron su conformidad con los resultados que se plantearon.

La credibilidad se lograra de diversas maneras; por medio de la verificación de los participantes en relación a los resultados que se obtendrán; es ahí donde la investigadora presentara a los participantes los resultados que se obtendrán.

El criterio de credibilidad permitió a la investigadora confirmar los resultados de los datos que sean verdaderos, dados por los informantes y de esta manera ser estudiados, dando así más científicidad a la investigación, para ello se trató de transcribir los discursos con la mayor pulcritud posible y se verificó que sea la expresión que ha querido dar el informante.

Auditabilidad, se refieren a este criterio como la habilidad de otro investigador a seguir la pista o ruta de los que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y puedan llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares.

La entrevista se realizó a través de una grabación, la cual fue transcrita tal cual, tanto las grabaciones como la transcripción fueron organizadas y archivadas para cualquier consulta o aclaración y poder ser demostradas a quien lo solicite, como complemento de otras investigaciones o para certificar que estas han sido correctamente interpretadas.

Transferibilidad, se refiere a la probabilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones.

En la investigación se aplicó este criterio a través de la publicación de los resultados del estudio, se describió detalladamente el lugar y se procuró relatar de forma clara, las experiencias de las enfermeras quirúrgicas con respecto al cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura, permitiendo a otros investigadores y lectores reconocer coincidencias y semejanzas con su realidad. Siendo el contexto una de las condiciones para absorber los resultados, la investigadora describió con la máxima minuciosidad el escenario, facilitando así alguna transferencia.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS

Seleccionados los elementos representativos, estos fueron agrupados de acuerdo a su significancia y asociación de los contenidos que se evidenciaron mediante el constructo de las siguientes categorías y subcategorías:

Categoría I: La Lista De Chequeo; Una Práctica que garantiza La Cirugía Segura.

Categoría II: Limitaciones para la aplicación correcta de la Lista de Chequeo.

Categoría III: El liderazgo de enfermería en la Cirugía Segura:

3.1.- Asumiendo la responsabilidad del cumplimiento de la lista de chequeo en la cirugía segura.

3.2.- Demandando mayor conocimiento y responsabilidad en todo el equipo quirúrgico.

En su cotidiano laboral, la enfermera como miembro del equipo quirúrgico aplica la Lista de Chequeo de Cirugía Segura, entendida como una herramienta, un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos, incorporando la evaluación de elementos clave como mínimos

requeridos, de manera que se logre la seguridad del paciente además de evitar sobrecargar indebidamente al sistema y los profesionales que conforman el equipo quirúrgico⁸; la cual es de vital importancia ya que asegura la vida del paciente, minimizando riesgos y evitando complicaciones, contribuyendo a reafirmar la frase “la Cirugía Segura Salva Vidas”³²; en este propósito, día a día las enfermeras experimentan situaciones que deben afrontar con seguridad y debida argumentación, considerando que la lista de chequeo es una práctica que garantiza la cirugía segura; en lo cual ellas han vivido un sinnúmero de experiencias; las mismas que se explican en la siguiente categoría:

I. LA LISTA DE CHEQUEO; UNA PRÁCTICA QUE GARANTIZA LA CIRUGÍA SEGURA.

En el acto quirúrgico, para la reducción de eventos adversos evitables asociados a los procedimientos quirúrgicos, se debe implementar un sistema de gestión de la calidad de atención, con énfasis en la seguridad del paciente, a través de la gestión de riesgos, implementando procesos seguros debidamente protocolizados.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos de complicaciones, Seguridad del Paciente (OMS)³ con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, enfermeros, expertos en seguridad para el paciente y pacientes de todo el mundo, ha identificado objetivos fundamentales para la seguridad del paciente que se han recogido en la “Lista OMS de verificación de la Seguridad de la Cirugía”. Esta Lista de Chequeo tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas.

La Lista de Verificación, también conocida como “Lista de Chequeo de la OMS”, ampliamente difundida y aceptada debido a la promoción que ha hecho la Organización Mundial de Salud a través de su programa “La Cirugía Segura Salva Vidas”, es un método que permite

verificar que todos los procesos seguros asociados a un procedimiento quirúrgico sean debidamente cumplidos; en ese sentido la lista de chequeo de Cirugía Segura, es una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios interesados en mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables³, garantizando el antes, durante y después del acto quirúrgico por más simple que este sea; allí, radica su importancia; este reconocimiento lo expresan las enfermeras en el siguiente discurso:

“... en la práctica, yo creo que la aplicación de la lista de chequeo es importante en todas las intervenciones quirúrgicas de todas las especialidades por más simples que parezcan. Definitivamente la lista de chequeo es un instrumento muy útil que nos ha permitido identificar factores y prevenir problemas del paciente, durante todo el acto quirúrgico, garantizando una cirugía segura...”
(Alhelí)

Lo dicho, afirma que la lista de chequeo es una herramienta indispensable en toda intervención quirúrgica, ya que asegura que la cirugía está enfocada a salvaguardar la vida del paciente, corrigiendo quirúrgicamente su problema de salud, en un marco de seguridad, porque se identifican oportunamente los riesgos. Definiendo riesgo como la probabilidad de producir lesión, daño o pérdida como consecuencia de una acción³³, de lo que se deduce que el riesgo quirúrgico es la probabilidad de que aparezcan resultados adversos, como consecuencia de la situación creada por una operación, incluyendo el desarrollo de la misma y el proceso postoperatorio inmediato.

Pero, si bien ese riesgo, está conformado por un cúmulo de factores que pueden causarlo (instrumental quirúrgico, intervención profesional, anestesia, ámbito hospitalario, etc.), cuando se refieren a él como un eximente de responsabilidad, lo hacen colocando la atención sobre las circunstancias propias del paciente, su estado físico y las condiciones patológicas que lo afectan, detectables, con la correcta aplicación de la Lista de Chequeo. Al respecto la OMS³ afirma que la lista de chequeo reduce el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias. Se

ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.

En consecuencia este método debe aplicarse en todo tipo de cirugías, sin importar la complejidad de estas y sobre todo porque tiene en cuenta elementos esenciales, debido a que incluye un conjunto de ítems de seguridad que brindan información imprescindible del paciente, contribuyendo a que el equipo quirúrgico, pueda identificar posibles riesgos de complicaciones, en desmedro de la integridad física del paciente, convirtiéndose no solo en una garantía de seguridad para el paciente, sino que implícitamente el equipo quirúrgico que participa se siente seguro de su actuar. Tal como se evidencia en las siguientes lexis:

“... la lista de chequeo, es importante en todos los casos, en todas las cirugías; ya sea de mayor complejidad, como de menor complejidad, porque tenemos casos que hemos visto que cirugías aparentemente sencillos se han complicado,... entonces es importante en todo tipo de cirugías tanto en las de mediana como mayor complejidad, porque evitan las complicaciones previsibles.” (Camelia)

*“... es muy importante y nos garantiza saber que la cirugía será un éxito,... porque este documento nos da la certeza de que la cirugía se ha realizado o se realizara en óptimas condiciones, y también es la prueba para el paciente de que su cirugía ha sido planificada para tener éxito.
..... Nos da seguridad a ambos, no solo es un formulario para llenar; es una garantía de calidad del cuidado...” (Azucena)*

Así mismo, existen otras situaciones como: el olvido de materiales dentro del organismo del paciente, que no lleguen los análisis pre quirúrgicos a tiempo, la inadecuada localización en el área de operación quirúrgica, entre otros, que se pueden prevenir con la práctica adecuada de la lista de chequeo, en ese sentido, las enfermeras del centro quirúrgico lo reconocen como un método práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico, para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos, incorporando la evaluación de elementos clave como mínimos requeridos, de manera que aumente considerablemente la probabilidad de tener el mejor resultado para los pacientes¹³;

otorgándole seguridad al equipo de salud que está brindando atención de calidad.

Además, ellas reconocen en este documento, un medio para garantizar la seguridad del paciente y del equipo quirúrgico. Donde la seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda, considerada como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable; con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador del servicio, que permitan la reducción de los riesgos en toda intervención quirúrgica³⁴, característica que las enfermeras le atribuyen a este proceso de calidad.

En este sentido, la enfermera cumple una labor directiva, coordinadora y de ejemplo, y es ella quien realmente determina el nivel asistencial de un servicio quirúrgico, fundamentado en un servicio con sentido humanitario y lo más refinado de un arte, porque la atención quirúrgica se presta con la “mente, con el corazón y con las manos”³⁴; solo así se concuerda en el beneficio mutuo de la persona cuidada y del cuidador (enfermera), dentro de la rigurosidad de un acto quirúrgico.

Se deduce de ello, que es importante que el equipo quirúrgico que está involucrado, no considere la lista de chequeo como una sobrecarga laboral o un formato más que se debe llenar, sino que al contrario, considere la lista de chequeo como una herramienta favorable que corrobore los datos del paciente y de la intervención quirúrgica que se va a realizar, certificando el desempeño de los profesionales, asegurando el éxito de la cirugía en bienestar del paciente; así lo han experimentado las enfermeras informantes y lo manifiestan en los siguientes discursos:

“...en la experiencia que he podido tener, si una cirugía se complica corre riesgo la vida del paciente... Por decir, si el paciente presenta un sangrado difuso en ese momento, dentro de la lista de chequeo esta si el paciente tiene riesgo de sangrado, entonces cuenta con todo lo necesario (sangre, plasma,

etc.); nos moviliza a todos a tener todo listo; para evitar esos riesgos se tiene que hacer la ficha segura, porque avala nuestro trabajo... y garantiza la cirugía segura". (Rosa)

"...para mí, al comienzo significaba una carga más de un formato que llenar en el quirófano, como enfermera circulante,... la experiencia me ha enseñado que esto es importante porque nos permite conocer al paciente y evitarles problemas agregados a su salud, es una garantía; la lista de verificación nos ayuda mucho, porque garantiza que el acto quirúrgico sea correcto..." (Violeta)

Las enfermeras reportan en sus discursos razones más que suficientes para que muchas de las medidas de la lista de chequeo que ya se siguen en los quirófanos de todo el mundo, se generalice en todo acto quirúrgico ya que proporciona una herramienta para dos propósitos: permitir esta consistencia en la seguridad del paciente, e introducir (o mantener) una cultura que valore que eso se consiga⁸, reto que asume la enfermera con una práctica corporativa, organizada y comprometida con la garantía del éxito de la intervención quirúrgica.

No obstante, la implantación y cumplimiento exitoso requiere que se adapte a las expectativas y rutinas del medio. Esto no será posible sin un sincero compromiso de los líderes del hospital (gerentes, jefes, etc.) y de los miembros del equipo que participan; la ausencia de este apoyo y la superficialidad con la que lo puedan afrontar los miembros del equipo quirúrgico genera limitaciones para la correcta verificación, al respecto, la experiencia de las enfermeras argumenta la siguiente categoría:

II. LIMITACIONES PARA LA APLICACIÓN CORRECTA DE LA LISTA DE CHEQUEO.

A pesar que los profesionales de salud, consideran la gran importancia de la aplicación de la lista de chequeo, existen muchas limitaciones para su correcta aplicación, como parte ineludible en el acto quirúrgico, en sus tres fases. La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una

intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica, y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano.

En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento, se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. Cada uno de los miembros debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos que deben ser confirmados verbalmente por el miembro del equipo que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave³². Situación, que genera inconformidad en las enfermeras; la investigadora, ha sido testigo de excepción cuando algunos profesionales de enfermería de centro quirúrgico, se mostraron mortificadas, por el incumplimiento de algunos profesionales en la verificación correcta de la lista de chequeo, y así lo expresa la siguiente unidad de significado:

“...la lista de chequeo está enmarcada para que se realice en tres tiempos: previo a la cirugía, en el intraoperatorio y al término de la cirugía. ... aquí no se puede cumplir esos estándares, porque existen factores que están interviniendo, al inicio se necesita que estén los cirujanos y los anestesiólogos en el quirófano; a veces no se da, entonces... no puedes chequear que todo el personal esta,... en el intra operatorio, no se cumple casi en el cien por ciento con todos los ítems... y la última parte también, sucede igual, el cirujano sale de la cirugía y nos quedamos solamente con el anestesiólogo y entre los dos llenamos la hoja; muchas veces se olvidan también de firmar,... hay que recordarles que todos firmen la ficha segura; hay falta de conciencia.... ”
(Tulipán)

Ante esto podemos resaltar que la mayoría de veces algunos de los profesionales corren muy de prisa por así decirlo; esto se debería a muchas razones como, falta de organización, ajuste de sus tiempos, labores sobrecargadas, etc.; afectando el proceso de seguridad del paciente en el acto quirúrgico; y sobre todo la falta de responsabilidad y compromiso en la aplicación y cumplimiento de la Lista de Chequeo, cuyo objetivo primordial

es garantizar la cirugía del paciente. Esto lo vemos reflejado cuando una de las entrevistadas refiere:

“... no puedes chequear que todo el personal este contigo, los médicos a veces llegan intempestivamente y al termino tú te das la vuelta y ellos ya no están” o “te dicen: ya déjate de papeleos y avancemos...”. (Tulipán)

El incumplimiento de las funciones, sobre todo en la firma de este documento ético-legal, se puede percibir también claramente en el siguiente discurso:

“... el problema que tenemos a veces es la firma,... a veces ellos (los médicos) no traen su sello. Porque la ficha tiene que estar original y copia con sello y firma de los médicos y de todo el equipo de enfermería, entonces a veces el problema es que a veces ellos,... no sé qué te puedo decir... hasta cierta falta de responsabilidad de ellos,...salen de la cirugía y se olvidan de firmar y hay que estar detrás de ellos, o que se olvidan de los sellos y ese es el inconveniente....” (Rosa)

Se entiende por “Equipo quirúrgico” a los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico, el cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente. El equipo quirúrgico se compone por tanto de todas las personas involucradas, cada una de las cuales desempeña una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación³⁵, lo contrario se asume como una responsabilidad individual y corporativa, de ello se deduce la preocupación de las enfermeras, quienes por cierto, permanecen al lado del paciente hasta su salida de la sala quirúrgica.

Hablar de la responsabilidad del equipo quirúrgico, es hablar de un tema de formación en el cumplimiento de las obligaciones. Ello es una competencia para todos los integrantes del equipo quirúrgico, ya que desde el punto de vista legal, responsabilidad general, es la obligación de las personas imputables de dar cuenta por los actos realizados contrarios a la Ley, y sufrir las consecuencias jurídicas. Desde el punto de vista médico legal es la obligación que tiene toda persona que ejerce el arte de curar, de responder ante la Justicia, por los actos perjudiciales, resultantes de su actividad

profesional y dar respuesta por los daños que causare en el ejercicio de su profesión³⁶. Esta falta de responsabilidad, puede ser excusada muchas veces a través de otros factores como es el tiempo, tal y como se presenta en el fragmento a continuación:

“... mira en primer lugar esta hoja debe ser firmada por el cirujano que interviene en la cirugía, el anestesiólogo, la instrumentista 1 y la instrumentista 2; ¿qué pasa? a veces no tenemos tiempo para estar detrás del cirujano: firme, firme, firme (enojada); porque tenemos que hacer otras funciones, sale el cirujano del quirófano sin firmar,... también es el factor tiempo, porque la instrumentista 2 tenemos que atender a la instrumentista 1, en el final de la operación, ...prácticamente a todo el equipo quirúrgico... y a la media vuelta...i el cirujano ya no está i , ise fue i...ahora a tener que llamarlo... inclusive por teléfono, pedirle que firme la ficha...¡muy, muy mal! (desaprueba con la cabeza)” (Rosa).

Es esencial el compromiso de todos los miembros del equipo involucrados en el procedimiento quirúrgico. Deben generar apoyo a través de la participación, que incluya todas las disciplinas clínicas (cirugía, anestesiología, enfermería) que esto sea posible, y no todo lo contrario, ya que los actos descritos, constituyen una limitación para su correcta aplicación, así lo expresa, en sus discursos la informante:

“... Bueno nos limita que por ejemplo a veces el médico no conoce bien al paciente al cual va a intervenir y cuando hacemos nosotros la verificación de seguridad de la ficha, tenemos que ver la historia clínica, sin embargo la historia clínica también le falta datos y entonces verificamos con la Lista de Chequeo, pero esta obvia datos que necesitamos; y si a esto le sumamos la falta de conocimiento del paciente; nos damos cuenta de la limitaciones que tenemos... Nos ha pasado también que los datos a veces se registran con apuro o descuido... y no coincide lo que dice la historia clínica; por eso es importante que todos participemos en lo que a cada uno le compete, para su correcta aplicación...es la única forma de garantizar una cirugía sin complicaciones” (Violeta)

La lista de chequeo es una herramienta que debe ser puesta en práctica por todo el equipo quirúrgico (cirujanos, anestesistas y personal de enfermería); ellos son responsables de la atención que se brinda al paciente, cada uno de los miembros del equipo quirúrgico desempeñan una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación, por lo que es imprescindible que cada uno profundice en las preguntas que hace y que le

hacen para asegurar la correcta aplicación de la lista de chequeo; muchas veces la superficialidad con la que se obtienen las respuestas durante este proceso, puede incrementar los riesgos, y comprometer la vida del paciente, así lo han vivido las enfermeras de centro quirúrgico y lo expresan en el siguiente alocución:

“... A veces hacemos el llenado como algo mecánico;... preguntamos,...uhm...ya sabemos, lo llenamos así nomás sin estar preguntando mucho, ósea llenando tu hoja, preguntando al paciente y atendiéndolo, eso también nos limita para llenar bien esta hojita; y a veces el paciente se confunde, iclaro está pensando en la operación!... y a nosotros nos apuran...es un problema (con preocupación)” (Dalia)

Se afirma que, debido al ritmo de trabajo profesional, estas actividades se rutinizan, lo que origina que muchas funciones vuelvan automáticas, haciendo el procedimiento algo mecanizado; sin valorar su utilidad, y sin brindar una explicación previa al paciente, para obtener su participación plena pero sosegada; para que esto suceda es innegable y necesaria una cierta práctica, así los equipos, aprenderán a utilizar eficazmente la Lista de Chequeo, cuyo propósito no es que se recite mecánicamente, ni que entorpezca el ritmo de trabajo, sino que proporcione a los equipos quirúrgicos, un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo, la comunicación, y fomente la consideración activa de la seguridad del paciente en cada operación realizada.³⁶

Lo mencionado anteriormente debe comprometer a los profesionales del equipo quirúrgico, sin distinción, a ser conscientes del riesgo de convertir la Lista de Chequeo en un instrumento complejo y difícil de utilizar; por el contrario, superar las limitaciones para el uso correcto de la Lista de Chequeo, es un propósito responsable de quienes salvan vidas a través de la cirugía, los limitantes en la presente investigación, tales como se han evidenciado son: falta de responsabilidad, tiempo e insuficiente conocimiento, entre otros, que solo serán absueltos, con capacitación, toma

de conciencia y sentido responsable de las acciones de cada uno de los miembros del equipo quirurgo.

Se asume, que esta Lista de Chequeo, sostiene evidencias de calidad, respecto a las medidas que incrementan la seguridad del paciente quirúrgico; ya que a través de este procedimiento se busca sistematizar los distintos pasos que se dan durante un acto quirúrgico, esta herramienta contribuye a una mayor seguridad de los pacientes, cuando es aplicado correctamente, por el equipo quirúrgico; entre ellos la enfermera, la cual interviene de manera importante y significativa, comprometida para garantizar un cuidado libre de riesgos, adjudicándosele oficialmente la máxima responsabilidad, para superar inconvenientes y contagiando con su actitud la práctica de una cultura de cirugía segura, liderando esta nueva opción de garantía de calidad de los servicios de salud que se brindan; lo descrito argumenta el constructo de la siguiente categoría:

III. EL LIDERAZGO DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA SEGURA.

El filósofo Hugo Landolfi define al liderazgo como: El ejercicio manifestativo de las actualizaciones y perfeccionamientos de un ser humano, denominado líder, quien por su acción, se coloca al servicio del logro, a través de una misión, de uno o varios objetivos propuestos por una visión. Dicha visión debe alinearse y subordinarse necesariamente al bien último del hombre. Los objetivos propuestos por la visión deben incluir y considerar a aquellos objetivos que son individuales de cada una de las personas que conforman el equipo de liderazgo, conjuntamente con aquellos que son organizacionales.³⁷ Asumiéndose que la enfermera es quien lidera y se pone al servicio de este logro; que es la correcta aplicación y cumplimiento de la Lista de Chequeo en bien del paciente, en coordinación y con la participación activa del equipo quirúrgico.

Al enfatizar, que Enfermería es una profesión de líderes, para líderes; que sabe respetar a los demás; que intenta, y aun consigue,

comprender y ayudar a los otros, lo esencial de su liderazgo se centra y condensa en el valor, servicio, atenciones, regalo a los demás, pero con criterio profesional.³⁸ Estas características, que hacen referencia al profesional de enfermería, está reconocido en las áreas asistenciales, por lo cual se le delegan responsabilidades a veces complejas, con la seguridad que responderán con acierto; su liderazgo implica el uso de habilidades interpersonales, tales como la capacidad de comunicarse de manera efectiva o ser colaborativo, para influir en los demás miembros y lograr metas relacionadas con la atención al paciente.³⁹

Siendo la Lista de Chequeo una herramienta que plasma esta comunicación e interacción que existe entre la enfermera y el equipo quirúrgico, es indispensable, garantizar la participación activa e involucramiento de todo el personal en la seguridad del paciente; ya que esta lista, tiene un valor agregado para la Cirugía Segura; ya que es un mecanismo que fomenta la prevención de eventos adversos ligados a la atención de los pacientes; y necesitan ser liderados por un miembro del equipo quirúrgico.

Siendo que, en el Centro Quirúrgico del HNAAA, esta responsabilidad, lo asume la enfermera; los discursos emitidos al respecto evidencian que el cumplimiento de la Lista de Chequeo en la cirugía segura es un compromiso de todo el equipo quirúrgico que interviene, sin embargo esta responsabilidad esta delegada a la enfermera circulante, al respecto las experiencias manifestadas por las entrevistadas han contribuido a la necesidad de analizarlas a través de la siguiente sub categoría:

3.1. Asumiendo la responsabilidad del cumplimiento de la lista de chequeo en la cirugía segura.

La importancia de la actividad quirúrgica tanto en volumen como en calidad de la asistencia, la necesidad de revisar y poner al día algunas

prácticas que, siendo habituales, ya no están recomendadas y otras que se recomiendan, como es la aplicación de la Lista de Chequeo y la conveniencia de actualizar los criterios de organización, planificación y ejecución de esta herramienta, hace prioritario la intervención de la enfermera en este proceso para asegurar la calidad de los cuidados y seguridad del paciente en el acto quirúrgico. Sin embargo, si se tiene en cuenta el reporte de miles de muertes y daños a la salud de los pacientes por errores en la atención clínica³⁴, parece que la realidad cotidiana de los hospitales y servicios de salud, muestra que esta obligación está lejos de ser cumplida.

Lograr que cada trabajador de la salud haga su labor con seguridad; sin adicionarle daño al paciente, impone un reto significativo para todo el equipo quirúrgico, sobre todo para la única persona encargada de realizar los controles de seguridad de la Lista durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación¹³. En cada fase, el coordinador de la lista de comprobación debe confirmar que el equipo ha completado sus actividades antes de que el proceso progrese.

Dentro del Hospital en mención, es la enfermera circulante la que tiene la responsabilidad del llenado de esta ficha, ellas vivencian experiencias de esta responsabilidad delegada y lo manifiestan de la siguiente manera:

“... la enfermera instrumentista II, es la que llena la hoja de la cirugía segura. Ella hace las preguntas al paciente,...cuando nosotros recibimos al paciente le preguntamos su nombre, de que lo van a operar, si es alérgico a algún medicamento, si tiene alguna prótesis dental, si sufre de alguna enfermedad; cuando lo recibimos todo eso le preguntamos...” (Dalia)

“...es función de la enfermera instrumentista II (circulante) el llenado de la ficha de cirugía segura y recae en ella la mayor responsabilidad puesto que tiene en primer lugar revisar bien la historia del paciente, dar un chequeo rápido de la historia del paciente que trae en sí, ...y aparte de ello tener en cuenta de que todos los integrantes del equipo que participa en esta operación tienen que firmar el documento..., el resto se llena en base a su historia clínica, en base al interrogatorio que se realiza al paciente antes de poder ubicarlo en la mesa de operaciones; eso es básicamente hasta el momento...” (Camelia)

La enfermera quirúrgica es un profesional de enfermería altamente calificado, especialista en procedimientos y técnicas quirúrgicas, en la actualidad la enfermera peri operatoria, debe ser capaz, tanto de gerenciar las unidades quirúrgicas como de desempeñar todas las funciones inherentes al trabajo quirúrgico, optimizando la atención que se le ofrece al enfermo y maximizando el manejo de los insumos y equipos a su cargo;³⁵ la optimización implica el cumplimiento de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.

Por ello es necesario tener en cuenta que al establecerse una relación personal del equipo de salud-paciente se genera un compromiso moral en forma bilateral, que debe conducir al profesional de salud a ofrecer una atención con competencia profesional, y al paciente a participar en forma activa y armónica en la satisfacción de sus necesidades de salud.

Lo antes expresado, compromete a la enfermera del centro quirúrgico a estar capacitada y contar con los conocimientos, destrezas necesarias para realizar el llenado de esta ficha, así lo han evidenciado en su desempeño y lo expresan de la siguiente manera:

“... en la lista de chequeo hay tres partes: la parte de los antecedentes personales del paciente, la parte de la cirugía en sí y la parte postoperatoria del paciente. Nosotros para aplicar la lista en primer lugar tenemos que saber qué tipo de cirugía se va a realizar, quienes son los cirujanos que van a intervenir, también observamos los antecedentes patológicos del paciente que es muy importante para poder manejar los fármacos en el intra y postoperatorio y datos como si es que hay depósitos de sangre, si es que hay algún riesgo de aspiración, en el caso de la cirugía general con intubación, si la vía aérea es difícil o de fácil acceso a ella. Entonces son una serie de datos que están plasmados en la hoja de cirugía segura, pero que tienen un orden...que hay que cumplir.” (Camelia)

“... se realiza con minuciosidad, para ver que no haya ningún suceso que pueda suspender dicha cirugía, que este completo el instrumental, que no haya ningún inconveniente. Y en la parte final, que es ya cuando termina la cirugía, se corrobora el conteo de gasas, el instrumental, si todo está conforme y finalmente la parte de firma de todo el equipo que participa; se aplica en los tres momentos con intervención de todos...” (Rosa)

La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo en equipo y la prevención de complicaciones graves; para garantizar que se comunican cuestiones esenciales sobre el paciente, el Coordinador de la lista dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios. Para ello, sencillamente puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no importa, pero cada disciplina clínica debe aportar información y manifestar los aspectos problemáticos³⁹.

En relación a ello, se debe fomentar la responsabilidad individual, más aun la corporativa, utilizando para este logro una comunicación eficaz, elemento relevante para garantizar la seguridad en el quirófano; la cultura organizativa debe hacer énfasis en el trabajo en equipo sustituyendo la relación jerárquica por la de responsabilidad orientado a que cada equipo incorpore el uso del listado de comprobación en su trabajo con la máxima eficiencia y la mínima interrupción, completando los pasos de forma efectiva; que le permitan garantizar el cumplimiento de sus obligaciones, garantizando la correcta aplicación de la Lista de Chequeo en seguridad del paciente; que incluye la evaluación de todos los procesos quirúrgicos.

Al respecto trabajar con procesos definidos y con evaluación continua del cumplimiento de los mismos, es una garantía de seguridad. Este registro continuo, de forma ordenada y secuencial asegura poder disponer de la trazabilidad de los procesos, permite identificar las incidencias y así mismo disponer de una capacidad de mejora continua y exterioriza una actitud responsable frente a la cirugía segura que se proyecta a las nuevas generaciones y la siguiente leía es el referente:

“...te felicito porque este es un reto para ti (refiriéndose a la investigadora) y para todos nosotros también, porque se está aplicando ya con mucha responsabilidad y para que ustedes (refiriéndose a las estudiantes de

enfermería) ya en el futuro también sepan de como se está trabajando y que es importante no solamente en la Cirugía Segura, sino en todo los tipos de procedimiento por más simple que sea, ...se está haciendo aquí en el hospital en cualquier tipo de procedimiento, se está haciendo la ficha segura en todo los procedimientos, ambulatorios también.... este proceso no solo brinda seguridad al paciente, sino que nos ayuda a optimizar nuestros cuidados y la responsabilidad recae en la enfermera...” (Rosa)

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad⁴⁰. La Lista de Chequeo es un instrumento para garantizar la calidad de atención, las enfermeras en el Centro Quirúrgico del HNAAA han asumido esa responsabilidad rescatando que la Lista de Chequeo es un instrumento que evidencia y repercute en la preservación de la vida y salud del paciente; se reconoce que es un proceso estandarizado, el cual mejora la calidad de las prácticas que son llevadas a cabo por el equipo quirúrgico, siendo indispensable su plena y consciente participación para satisfacción de ellos mismos, el éxito de la cirugía y sobre todo del bienestar del paciente, sin embargo la aplicación de la Lista de Chequeo produce en ellas cierta insatisfacción por la falta de compromiso, la poca importancia que aún se le atribuye y menoscabo del conocimiento en relación a los alcances éticos y legales que esta tiene; experiencias que se analizan en la sub categoría:

3.2. Demandando mayor conocimiento y responsabilidad en todo el equipo quirúrgico.

El conocimiento es el cúmulo de experiencia socio-histórica acumulada por la humanidad, un reflejo activo y ordenado de la realidad objetiva y sus leyes en el cerebro humano, es el proceso de asimilación de la realidad, indispensable para el desarrollo intelectual o práctico, como producto de la interrelación del individuo (sujeto) con el medio (objeto) dentro de un contexto socio histórico determinado⁴¹, la responsabilidad es, el compromiso u obligación de tipo moral que surge de la posible

equivocación cometida por un individuo en un asunto específico, la obligación de reparar un error y compensar los males ocasionados cuando la situación lo amerita...es la habilidad del ser humano para medir y reconocer las consecuencias de lo que se llevó a cabo con plena conciencia y libertad⁴².

La libertad es una de las virtudes que aplica cada miembro del equipo quirúrgico, con independencia en el desarrollo de sus actividades, considerando que existe tanto una responsabilidad individual, como una responsabilidad compartida, corporativa. Sin embargo se evidencia, que muchos miembros del equipo quirúrgico no cumplen con su responsabilidad individual, por ende dificultan el cumplimiento de la responsabilidad corporativa en este equipo de salud, tergiversando el sentido propio de libertad, que busca el bien propio y colectivo.

También la responsabilidad en salud es obligación de todo el profesional de salud, por ella da cuenta ante la sociedad, por los actos realizados en la práctica profesional, cuya naturaleza y resultados son contrarios a sus deberes, por incumplimiento de los medios y/o cuidados adecuados en la asistencia del paciente; pudiendo adquirir a veces, relevancia jurídica⁴². En este contexto, podemos afirmar que la responsabilidad profesional en salud en relación a la lista de chequeo, es la obligación que tiene todo el equipo de viabilizar su correcta implementación, en cada acto quirúrgico, ya que una complicación previsible, también le hará asumir responsabilidades para satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e incluso los involuntarios, para ello es necesario el conocimiento y experiencia en su práctica.

En la práctica el conocimiento que se tenga acerca de la Lista de Chequeo, generara responsabilidad en su concreta aplicación, ya que la displicencia de algún miembro del equipo quirúrgico genera riesgos para el paciente y malestar en el equipo, porque no se ha tomado conciencia de su importancia, estas experiencias se reflejan en los siguientes discursos:

“... el cirujano, sale del quirófano sin firmar, ósea que hasta ahora no está concientizado de que la firma y sello de esta ficha es algo muy importante...después vienen las consecuencias...es muy importante que todos la llenemos y estemos concientizados todos (con voz afirmativa) los que intervenimos en la cirugía...” (Azucena)

“... La falta de conciencia de los cirujanos que todavía no saben la importancia que tiene esta ficha, este documento, creo yo que es por falta de conocimiento, .Yo creo que es importante y necesario que se realice alguna capacitación...” (Tulipán)

Los discursos insinúan la importancia de reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura. Se trata de un compromiso que debe ser de todas las instituciones formadoras del talento humano, profesionales, prestadoras de servicios de salud y de la comunidad para un cuidado seguro y de calidad; ya que un acto consciente es aquel acto ligado a la conciencia, la cual es una facultad humana que tiene el hombre para decidir acciones y asumir la responsabilidad de las consecuencias según la concepción del bien y del mal.

Una persona consciente, en este sentido, es aquella responsable, que no actúa con negligencia y que trata de minimizar las consecuencias negativas de sus actos, ya que pueden tener repercusiones legales, pues cuando se realizan estos procedimientos, nadie los observa, nadie los controla, tan solo trabaja su propia conciencia, y el resto del equipo, además el paciente, confía en la honestidad y ética de cada uno de los miembros. Por lo tanto, se deposita una gran confianza que no debe ser traicionada.

Al respecto, una de las manifestaciones que se ve reflejada, como insatisfacción, en el equipo quirúrgico, con respecto a la lista de chequeo, y principalmente en la enfermera responsable de su implementación, es respecto a la irresponsabilidad de algunos de los miembros del equipo quirúrgico, tal y como se reafirma en la siguiente unidad de significado:

“... colaborar en la aplicación de la lista de chequeo es parte de la responsabilidad de cada uno, porque si todos estamos implicados en que esta lista se cumpla, ya no se necesita que se les esté pasando la voz de que hay que hacerlo, hay que firmarlo; es de uno la responsabilidad de que este sea llenada eficientemente..., estamos capacitados, lo que pasa es que hay que tener la predisposición y responsabilidad para hacerlo...” (Margarita)

Durante la aplicación de las entrevistas, las enfermeras de centro quirúrgico solicitaron más apoyo, involucramiento y conocimiento de la lista de verificación que se aplica, todo el equipo quirúrgico debe conocerla e involucrarse en su cumplimiento; tal y como se expresa en la siguiente declaración:

“... me parece que deberían participar mejor los cirujanos, porque ellos no ven nuestra hojita y tú a veces les preguntas y te contestan: ¿Qué?... es decir ellos desconocen, ellos así firman al final i ..., pero no están presentes cuando estamos haciendo nuestra hoja... en sí, tener un conocimiento de lo que consta.... no, (deniega con la cabeza)... se confían quizás de nosotros y del anestesiólogo y a veces ellos son los que conocen más al paciente, pero solamente firman al final, hasta el mismo anestesiólogo; solamente la enfermera es la que lo llena y ahí dice: la enfermera, el anestesiólogo y cirujano; pero la enfermera es la que llena toda la hoja y ellos solo al final... firme doctor, firme doctor... ellos solamente se limitan a firmar..., bueno pues no conocen sus responsabilidades....(voz lenta afirmativa)” (Dalia)

Los diferentes discursos mostrados, proponen como estrategia común, que se valore la lista de verificación y se aplique con responsabilidad mediante el involucramiento y apoyo de cada uno de los miembros del equipo quirúrgico, la actitud de apatía, las enfermeras perciben generosamente, como falta capacitación de algunos miembros del equipo, que conceptúan esta lista solo como el acto de firmar, obviando que el propósito es la seguridad del paciente, teniendo como objetivo final contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.

Este propósito, se puede lograr mediante la aplicación de la Lista de Chequeo diseñada para garantizar la vida del paciente, previniendo riesgos, facilitando intervenciones oportunas en pro de un desempeño profesional, humano y de calidad, así lo estipulan las enfermeras del centro quirúrgico, con

decisión y énfasis registrados; que se han interpretado complementariamente con el diario de campo, que contribuyó a que la investigadora ratificara lo descrito, profundizando el análisis de las categorías, para el logro de los objetivos de la investigación.

CONSIDERACIONES FINALES:

1. Para la enfermera quirúrgica, la Lista de Chequeo es un instrumento indispensable que garantiza el éxito de la Cirugía Segura y por ende el principal objetivo que es la Seguridad del Paciente, evita las complicaciones previsibles y promueve la seguridad de ambos; ya que avala el trabajo de los profesionales
2. Las limitaciones que existen para la correcta aplicación de la Lista de Chequeo son: falta de responsabilidad y conciencia en los miembros del equipo quirúrgico (principalmente médicos); incomodidad por la aplicación, superficialidad con la que realizan la verificación de datos del paciente, el olvido de la firma, historia clínica con datos incompletos, procesos mecanizados, entre otros.
3. La encargada de liderar el proceso de la verificación de la Lista de Chequeo es la Enfermera; quien considera está capacitada, reúne los conocimientos, cualidades y virtudes necesarias para garantizar que se lleve a cabalidad y con éxito el desempeño de esta importante función, esta delegación esta especificada en el MOF del servicio.
4. Reconocen que para la correcta aplicación y verificación de la lista de chequeo es necesario e indispensable la participación activa de todo el equipo quirúrgico, los cuales deben tener minuciosidad, compromiso y responsabilidad en su ejecución.
5. La lista de chequeo es un gran compromiso moral, vocacional y legal, en el cual los pacientes tienen derechos y el equipo

quirúrgico responsabilidades, esta, salvaguarda siempre la seguridad y bienestar del paciente, al identificar preventivamente los riesgos con una capacidad de respuesta oportuna.

RECOMENDACIONES:

A LAS ENTIDADES FORMATIVAS:

- Se debe incluir en la formación de pre-grado y especialidades de cirugía (médicas y de enfermería) los aspectos teórico-prácticos de la Lista de Chequeo, herramienta indispensable que los profesionales de Centro Quirúrgico deben conocer para realizarla con total responsabilidad; ya que las implicancias de su omisión constituyen una problemática que afecta prácticamente todo los ámbitos del mundo moderno.

A TODO EL EQUIPO QUIRÚRGICO:

- Velar por la correcta aplicación y cumplimiento de la Lista de Chequeo en todo acto quirúrgico, reconociendo que su creación se ha dado para ayudar al equipo quirúrgico a reducir los riesgos prevenibles en el paciente y así garantizar una cirugía segura.
- Comprometerse y comprometer a los demás para que esta lista de chequeo se incorpore como una responsabilidad ineludible en bien del paciente y de los propios profesionales inmersa en la intervención quirúrgica, desde su inicio, revalidándolo oportunamente con su firma.
- Proponer y participar activamente en las capacitaciones sobre el tema, para así poder participar con plena conciencia cognitiva, ética y legal en este procedimiento de garantía de calidad, través de la correcta aplicación de la Lista De Chequeo.

A LAS AUTORIDADES INSTITUCIONALES DE SALUD

- Asumir el compromiso, como autoridad competente, para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico, incorporándose con responsabilidad en la exigencia del cumplimiento de cada miembro del equipo quirúrgico, incorporando dentro de la cultura de calidad, la práctica irrestricta de la lista de chequeo.
- Liderar el cambio organizacional hacia la obtención de una cultura de seguridad. En el desarrollo de esta función la alta dirección debe realizar múltiples y variadas actividades que van desde investigar constantemente, hasta asesorar y supervisar el trabajo de los profesionales en el adecuado desempeño de sus funciones, en el área quirúrgica.

A LAS ENFERMERAS QUIRURGICAS:

- Mantenerse indismutable en el compromiso y responsabilidad de liderar la ejecución de la aplicación de la lista de chequeo, con responsabilidad y actitud juiciosa, como una evidencia del cuidado humano, ético, legal y de calidad.
- Proponer estudios de investigación multidisciplinarios, con otros enfoques metodológicos, que ayuden a comprender la importancia de esta problemática y sensibilicen a todos los miembros del equipo quirúrgico, para que sin restricciones, distracciones o falta de conocimiento, se involucren como actores responsables de la cultura de Cirugía Segura- Aplicación de la Lista de Chequeo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. "10 Datos Sobre Seguridad En La Atención Quirúrgica". [sede web]* España; 2010 [acceso 15 de agosto del 2012]. Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/facts/es/index.html
2. Departamento de enfermería HNAAA. Archivo de producción de centro quirúrgico.2012. Chiclayo. Perú.
3. Organización Mundial de la Salud. "La Cirugía Segura Salva Vidas" [sede web]*. Ginebra: Suiza; 2008 [acceso 1 de Setiembre del 2012]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf
4. "Listado de verificación de seguridad quirúrgica para centros hospitalarios". [sede web]* España; 2009 [acceso 16 de agosto del 2012]. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/documentos/manual uso listado CM.pdf>
5. "Manual de Instrucciones para el uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS". SESCOAM. [sede web]* España; 2013 [acceso 16 de agosto del 2012]. Disponible en <http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/cursos/manual de uso listado verificacion quirurgica-jun13.pdf>
6. "Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía". [sede web]* España; 2010 [acceso 16 de agosto del 2012]. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X11004349>
7. "Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica". [sede web]* España; 2011 [acceso 16 de agosto del 2012]. Disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/calidad-asistencial-256/percepcion-los-profesionales-utilizacion-utilidad-listado-verificacion-90038285-originales-2011>
8. "Listado verificación seguridad quirúrgica (checklist): una necesidad aún no conocida por la enfermería". [sede web]* Granada; 2010 [acceso 16 de agosto del 2012]. Disponible en <http://www.index-f.com/edocente/95pdf/95-009.pdf>
9. "Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía". [sede web]* México; 2010 [acceso 16 de agosto del 2012]. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112i.pdf>
10. Amengual, G. "El concepto de experiencia". [artículo en Internet]* 2007. España [acceso 25 de setiembre de 2012]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1666485X2007000100001&script=sci_arttext.
11. "Plan Estratégico de Seguridad Del Paciente 2009 - 2012." SESCOAM [Plan en Internet]. Enero 2009. [acceso 10 de setiembre de 2012]

- Disponible en:
<http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/PlanSeguridadS ESCAM20092012.pdf>
12. Smeltzar Suzanne. Tratado de Enfermería Médico – Quirúrgica. Vol. I. 9º ed. México: Mc Graw – Hill Interamericana Editores S.A; 2005.
 13. “Manual de uso del listado de verificación quirúrgica.”OMS [Manual en Internet]. Diciembre 2009. [acceso 10 de setiembre de 2012] Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf
 14. Arribalzaga, E; Lupica, L. “Implementación del listado de verificación de cirugía segura” [artículo en Internet]* 2012 Buenos Aires [acceso 30 de setiembre de 2012]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2250639X2012000100002&script=sci_arttext.
 15. Watson Jean. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. [acceso 4 de noviembre de 2012]. Disponible en:
http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson
 16. Hernández S; Fernández C. “Metodología de la Investigación”. Mc Graw Hill, México 2010.
 17. Nisbet, J. y Walt, J. “Estudio Cualitativo”. Ed. Harper & Row. Londres.1984.
 18. Taylor, S.J. y Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica, 1992.
 19. Rodríguez G, Yin J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. 2º ed. Editorial Aljibes, España. 2000.
 20. Ludke. M. Stake M. “Pesquisa en educacao: abordagens qualitativas” 1º edición. Sao Paulo, Brasil 2000.
 21. Pérez, G. —El método de estudios de caso: aplicaciones prácticas”. En: Investigación Cualitativa, Retos e Interrogantes, vol. 1. Métodos. Madrid: Muralla, 1994, pp. 79-136.
 22. López N. “Métodos y técnicas de la Investigación cualitativa”. [artículo en Internet]* 2009 Santiago de Chile [acceso 4 de octubre del 2012]. Disponible en:
http://mail.udgvirtual.udg.mx/biblioteca/bitstream/20050101/1103/2/Metodos_y_tecnicas_de_investigacion_cuantitativa_y_cualitativa.swf
 23. Es Salud: Seguridad Social para todos. [sede web]*. Perú; 2012 [acceso 24 de octubre del 2012]. Disponible en
<http://www.essalud.gob.pe/nuestras-redes-asistenciales/red-asistencial-lambayeque/>
 24. Amezcua M, Gálvez Toro A. “Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta.” Rev. Esp. Salud Pública. 2002; 76 (5): 423-436.
 25. E. E. Pineda, E.L. De Alvarado, F.M. De Canales. “Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud” .2º edición. 1994.

26. Polit, Denise F.; Hungler, Bernadette P. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud: principios y métodos". México: Mc Graw Hill; 2001
27. Gómez M, M. "Introducción a la metodología de la investigación científica". 1º Ed. Editorial Brown. España. 2006.
28. Álvarez-Gayou, J.L. (2005). Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Paidós.
29. Sgrecia Mons, E. "Bioética Personalista: Principios y orientaciones. I congreso internacional de bioética". USAT-Peru. 2008.
30. Garay Oscar. Bioética en Medicina. Ed. Ad-Hoc. Buenos Aires. Argentina.
31. E. Castillo y M. Vásquez. "El rigor científico en la investigación cualitativa". Colombia Medico. 2003; 34(3): 164-167.
32. "Lista OMS de Verificación de la Seguridad De la Cirugía Manual de Aplicación." [Manual en Internet]. Francia, 2008. [acceso 12 de Octubre de 2013] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf
33. "El riesgo quirúrgico como eximente de responsabilidad." [Revista en Internet]. Argentina, 2008. [acceso 10 de setiembre de 2013] Disponible en: <http://www.lamutual.org.ar/newsletter9-alvarellos.php>
34. Ortega C, Suárez M. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación. México, DF: Editorial Médica Panamericana; 2006.
35. "Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente." [Guía en Internet]. Salvador, 2012. [acceso 12 de Octubre de 2013] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide_SP.pdf
36. "Responsabilidad en los trabajadores de la salud." [Artículo en Internet]. Argentina, 2001. [acceso 20 de Octubre de 2013] Disponible en: http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_17_ENE_2001.htm
37. Landolfi, Hugo. "La esencia del liderazgo. Claves para el ejercicio genuino y auténtico del liderazgo." (Buenos Aires, Editorial Dunken, 2010, ISBN 978-987-02-3828-7)
38. "¿Qué es el liderazgo de Enfermería." [Artículo en Internet]. Argentina, 2001. [acceso 20 de Octubre de 2013] Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/liderazgo-enfermeria-sobre_455393/
39. "Liderazgo en Enfermería." [Artículo en Internet]. Argentina, 2001. [acceso 20 de Octubre de 2013] Disponible en: <http://www.smme.org.mx/assets/liderazgo-enfermeria.pdf>
40. Seguridad del paciente. La enfermera importa. Comunicado de prensa 29 de abril 2002 [citado: 12 enero 2006]. Disponible en: http://www.icn.ch/matters_ptsafety.htm
41. Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, XXI edición, tomo II.
42. Carrillo Fabela, Luz María. La Responsabilidad Profesional del Médico, Edit. Porrúa, México 1998

ANEXOS



ANEXO N° 1

HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE

DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación que se realizará es titulada “Experiencias De Las Enfermeras Quirúrgicas Respecto a La Aplicación De La Lista De Chequeo - Cirugía Segura. Hospital EsSalud. Chiclayo, Perú 2012”, siendo realizada por la estudiante de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: Katherin`s Milagros Becerra Eneque, asesorada por la Mgtr. en Enf. Carmen Bazán Sánchez.

Esta investigación tiene como objetivo identificar, describir y analizar las experiencias de las enfermeras de centro quirúrgico respecto al cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura.

Para lograr los objetivos mencionados realizaremos entrevistas, donde los entrevistados participaran de un modo voluntario, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio.

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....declaro que acepto participar a ser entrevistado en la investigación “Experiencias De Las Enfermeras Quirúrgicas Respecto a La Aplicación De La Lista De Chequeo - Cirugía Segura. Hospital EsSalud. Chiclayo, Perú 2012”, siendo realizada por la estudiante de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: Katherin`s Milagros Becerra Eneque, asesorada por la Mgtr. en Enf. Carmen Bazán Sánchez. Esta investigación tiene como objetivo identificar, describir y analizar las experiencias de las enfermeras de centro quirúrgico respecto al cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura.

Después de haber recibido la información necesaria sobre el estudio, acepto participar de un modo voluntario de la entrevista, en relación a mis experiencias. Asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de la investigadora y de su asesora, quienes garantizan el secreto, respeto a mi privacidad al anonimato.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio.

Por último declaro que después de las aclaraciones convenientes realizadas consiento participar de la presente investigación.

Firma del investigador

Firma del informante

Chiclayo,.....del 2012

ANEXO N° 3

ENTREVISTA

Introducción: El siguiente documento tiene por objetivo recolectar información con fines de investigación, por lo que solicitamos realizarlo con la mayor libertad posible, procurando reflejar la realidad que usted experimenta.

- **Datos Demográficos:**

- Edad:
- Sexo:
- Servicio:
- Años de servicio:
- Estudios de Postgrado:
- Maestría ☐ Doctorado ☐ Segunda Especialidad ☐
- Fecha:

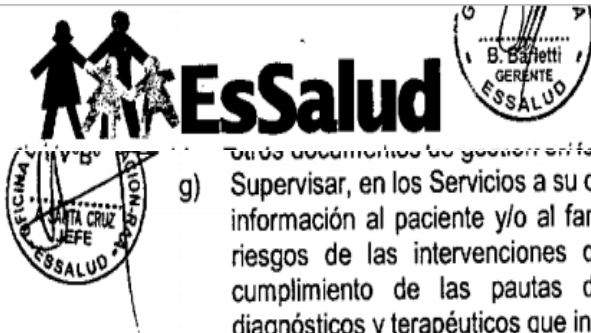
- **Entrevista:**

- En la cirugía que usted interviene ¿Como se aplica la lista de chequeo?
- ¿Qué tipo de experiencias ha tenido UD en la aplicación de la lista de chequeo Cirugía Segura?
- ¿Qué situaciones limitan la aplicación de la lista de chequeo Cirugía Segura?
- ¿En que casos ha identificado UD. que es muy importante la aplicación de la lista de chequeo Cirugía Segura?
- ¿Algo más que desee añadir?

Gracias

ANEXO N° 4

Artículo 109° El Departamento Quirúrgico Especializado tiene las siguientes funciones:



- g) Supervisar, en los Servicios a su cargo, que se respeten los derechos del paciente y se brinde información al paciente y/o al familiar responsable sobre su situación de salud y sobre los riesgos de las intervenciones quirúrgicas y los procedimientos a realizar. Controlar el cumplimiento de las pautas del consentimiento informado, para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que indiquen las normas institucionales.

Artículo 121° El Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico está conformado por las siguientes unidades orgánicas:



- Servicio de Centro Quirúrgico 1
- Servicio de Centro Quirúrgico 2
- Servicio SOP Satélites y Recuperación

Artículo 122° El Servicio de Centro Quirúrgico 1 y el Servicio de Centro Quirúrgico 2 tienen las siguientes funciones:



- l) Realizar un correcto registro del acto médico en la Historia Clínica, de la información requerida por la lista de verificación de seguridad de la cirugía y de la intervención quirúrgica en el Reporte Operatorio, así como en los formularios empleados en la prestación de salud brindada al paciente y en los sistemas informáticos institucionales. Identificar, registrar y reportar las ocurrencias de eventos adversos a las áreas correspondientes.

Artículo 182° Los Servicio de Enfermería 9 - 5A - Centro Quirúrgico I; 10 - Centro Quirúrgico II - Cirugía de Día, 11 - 5A - Recuperación y Post Anestesia, tienen las siguientes funciones:



- f) Evaluar el desempeño del personal de enfermería y los resultados alcanzados por el Servicio mediante indicadores y ejecutar las medidas correctivas pertinentes.
- g) Asegurar la administración correcta de medicamentos: vía, dosis, paciente, hora y medicamento.
- h) Organizar y efectuar los procedimientos de preparación de ambientes, equipos e insumos para la atención del paciente, resolver las contingencias que surjan durante la misma y ejecutar los procedimientos de preparación del material para esterilización.
- i) Respetar los derechos del paciente acorde a la Ley y las normas institucionales vigentes.
- j) Elaborar y proveer información válida y oportuna del Servicio para contar con datos estadísticos, epidemiológicos, de costos y otros para la toma de decisiones de gestión. Efectuar el correcto registro de las intervenciones de enfermería en la Historia Clínica, de la información requerida por la lista de verificación de seguridad de la cirugía, los formularios empleados en la prestación brindada al paciente y sistemas informáticos institucionales. Identificar, registrar y reportar las ocurrencias de eventos adversos a las áreas correspondientes.

ANEXO N° 5

Antes Inducción Anestésica ENTRADA	Antes Incisión Quirúrgica PAUSA QUIRURGICA	Antes Abandonar Pabellón SALIDA
Paciente confirmado	<input type="checkbox"/> Miembros del Equipo se presentan por su nombre y rol	Enfermera confirma verbalmente con Equipo
<input type="checkbox"/> Identidad <input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Procedimiento <input type="checkbox"/> Consentimiento informado	Cirujano, Anestesiista y Enfermera confirman verbalmente	<input type="checkbox"/> Nombre procedimiento que se registra <input type="checkbox"/> Conteo de compresas, gasas, aguja e instrumental que estén correctos <input type="checkbox"/> Identificación muestras biológicas, con nombre <input type="checkbox"/> Si existe algún problema que abordar con relación a material o equipos
Portación imágenes diagnósticas	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Procedimiento	Cirujano, Anestesiólogo y Enfermera:
<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> No aplica	Prevención sucesos críticos	<input type="checkbox"/> Revisan preocupaciones claves en la recuperación del paciente <input type="checkbox"/> Destino del paciente - Recuperación - sala - Recuperación - domicilio - UCI
Localización quirúrgica	Anestesiólogo revisa si paciente	Anestesiólogo hace entrega en sala de recuperación u otra
<input type="checkbox"/> Marcada <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Tiene alguna condición específica preocupante <input type="checkbox"/> Planifica destino posoperatorio <input type="checkbox"/> Equipo de enfermería, revisa indicadores de esterilización, aspectos del material y equipos	<input type="checkbox"/> Con oxímetro de pulso instalado y funcionando <input type="checkbox"/> Recibido por funcionario capacitado y responsable de recuperación anestésica
Verificar equipos y medicación anestésica completos	Administración antibioprolaxis en los últimos 60 minutos	Paciente _____
<input type="checkbox"/> Máquina anestesia revisada, funcionando <input type="checkbox"/> Fármacos disponibles, preparados <input type="checkbox"/> Fármacos de emergencia, disponibles <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso instalado, funcionando	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No aplica	RUT _____
¿Alergias conocidas?	Imágenes diagnósticas instaladas	Cirujano _____
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No aplica	Anestesiista _____
¿Dificultad vía aérea y/o riesgo de aspiración?		Arsenalera _____
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si. Hay equipos y ayuda disponible		Fecha intervención _____
¿Riesgo de pérdida hemática >500 ml?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si. Vía venosa instalada		

ANEXO N° 6



PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del EmpleoSeguro Social de Salud
EsSaludGerencia de
Investigación

"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

LA JEFA DE LA UNIDAD DE CAPACITACION INVESTIGACION Y DOCENCIA DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE EsSalud, deja constancia:

Que, las alumnas, **KATHERIN's MILAGROS BECERRA ENEQUE**, y **PATRICIA JANET LIMO LOPEZ**, de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo – Escuela de Enfermería, ha sido autorizada por la Gerencia de la Red Asistencial Lambayeque, para desarrollar el proyecto de Investigación denominado: "EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS QUIRURGICAS RESPECTO A LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO-CIRUGIA SEGURA – HOSPITAL ESSALUD – CHICLAYO-PERU 2012", el mismo que ha sido revisado y aprobado por el Comité de Investigación de la Red Asistencial Lambayeque "Juan Aita Valle".

Área a ejecutarse : Servicio de Centro Quirúrgico - Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo"

Periodo : 29 de abril al 31 de agosto 2013

Al final de dicha investigación la indicada alumna deberá hacer llegar un ejemplar de la Tesis al Área de Biblioteca de la Red Asistencial Lambayeque.

Se expide la presente para los fines convenientes, ante las instancias correspondientes.

Chiclayo, 26 de abril de 2013


 Dr. Remy Remy Remy Meredia
 Jefe de la Unidad de Capacitación Investigativa y Docencia
 Red Asistencial Lambayeque
 EsSalud

RPH/dgc.

NIT: 1298.2013.920